

La gestión local de la salud en el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO): estrategias y articulaciones para el acceso en el territorio del conurbano

Local health management during Lockdown: strategies and articulations for the access to suburban territory

María Crojethovic

Doctora en Ciencias Sociales. Universidad Nacional de General Sarmiento. Juan María Gutiérrez 1150, (B1613) Los Polvorines, Buenos Aires, Argentina, mcrojeth@campus.ungs.edu.ar

 <https://orcid.org/0000-0002-4251-8532>

Ana Ariovich

Magíster en Sociología Económica. Universidad Nacional de General Sarmiento. Juan María Gutiérrez 1150, (B1613) Los Polvorines, Buenos Aires, Argentina, ariovich@campus.ungs.edu.ar

 <https://orcid.org/0000-0001-6142-4841>

Carlos Jiménez

Magíster en Salud Pública. Universidad Nacional de General Sarmiento. Juan María Gutiérrez 1150, (B1613) Los Polvorines, Buenos Aires, Argentina, cjimenez@campus.ungs.edu.ar

 <https://orcid.org/0000-0003-1461-1200>

Recibido: 16 de noviembre 2022 || Aprobado: 21 de abril 2023

DOI: <https://doi.org/10.37838/unicen/est.33-148>

Resumen

El trabajo explora las articulaciones entre actores sociales y la implementación de estrategias innovadoras de salud en el territorio de proximidad, durante el aislamiento social producto de la pandemia por COVID-19, en el año 2020. A la vez, muestra cómo se ha transformado el territorio a partir de dichas articulaciones, con el objeto de sostener el acceso al primer nivel de atención de la salud de forma integral. La metodología contempló un relevamiento¹ cualitativo y remoto en barrios populares del conurbano bonaerense a referentes de salud en el territorio, que se desempeñan en dispositivos del primer nivel de atención u organizaciones sociales vinculadas a la salud. Concluye que, las respuestas de los equipos de salud y de la comunidad para atender los problemas que aquejaban a los barrios más segregados, (re)configuraron el territorio de proximidad transformado por el aislamiento, a partir de las nuevas estrategias y articulaciones desarrolladas para sostener el proceso de atención de la salud.

Palabras clave: Territorio; Salud; Primer nivel de atención; ASPO

Abstract

The work explores the articulations between actors and the implementation of innovative health strategies in the local territory, during the COVID-19 lock down in the year 2020. At the same time, it shows how the territory has been transformed from these articulations with

1 Este relevamiento se desarrolló en el marco del Proyecto "Prevención y monitoreo del COVID-19 en municipios del Conurbano Bonaerense desde una perspectiva multidimensional". Investigación apoyada por la Agencia I+D+i. Universidad Nacional General Sarmiento.

the aim of support the population's access to primary health care. This is a qualitative and remote survey in popular neighborhoods of Greater Buenos Aires to the health references in the territory, who work at the primary health care or in social organizations related to health. It is concluded that the responses of the health teams and the community to address the problems in the most segregated neighborhoods, (re)configured the territory of proximity transformed by social distancing, based on the new strategies and articulations developed to sustain the process of health attention.

Keywords: Territory; Health; Primary health care; Lockdown

Introducción

En el conurbano bonaerense, la pandemia desatada por COVID-19 irrumpió en las agendas de la gestión local y demandó la reorganización y adecuación del sistema del primer nivel de atención de la salud², previo a que comenzara la circulación comunitaria del virus en la población. Al inicio de la cuarentena, la atención en el primer nivel³ quedó prácticamente suspendida en la mayoría de los municipios (primeras semanas); posteriormente, se fue reprogramando y quedó circunscripta al control de embarazos avanzados, pacientes de riesgo, urgencias y vacunación de adultos/as. Los centros de salud mantuvieron su atención, aunque de manera espaciada, programada y focalizada en determinados grupos.

Una cuestión recurrente fue la falta de controles ginecológicos, de atención de adultos/as mayores, de controles del niño/a sano/a, así como discontinuidades en los consultorios de la atención de especialidades en los establecimientos. En paralelo, y sobre todo en el primer año, se registró una fuerte caída de la demanda de atención por miedo al contagio (Maceira et al., 2020). Lo que se conoce como la «oportunidad de consulta» (entendida como: no perder la posibilidad de ser atendido de modo adecuado en el momento preciso), no fue priorizada en la agenda municipal.

Si bien es cierto que la población en el territorio local fue objeto de intervención de las políticas de prevención de contagios masivos, como por ejemplo con los operativos del dispositivo Nacional Detectar⁴ (Ariovich et al., 2022); aun así, en muchos municipios, este dispositivo incorporó al territorio desde una perspectiva en la que se privilegió el control y el abordaje homogéneo (Chiara y Ariovich, 2013), trabajando puntualmente sobre los casos de

2 Refiere a los centros de atención primaria que brindan prestaciones de baja complejidad en un territorio próximo a la población.

3 En el sistema de salud se pueden distinguir tres niveles de atención: I). El primer nivel es el más cercano a la población y permite resolver las necesidades de atención más frecuentes y más básicas, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad, por tratamientos o rehabilitación. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad; II). En el segundo nivel de atención se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría y; III). El tercer nivel de atención se vincula con la atención de problemas menos prevalentes y más complejos, que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología (Vignolo et al., 2011).

4 El Detectar (Dispositivo Estratégico de Testeo para Coronavirus en Territorio Argentino) es una intervención del Gobierno nacional inaugurada en mayo del año 2020 para la detección temprana de casos de COVID-19. El dispositivo estuvo basado en operativos en terreno para la búsqueda de casos y el testeo en los barrios populares, o en áreas definidas donde se estimaba un incremento en el número de casos, de las provincias Argentinas (<https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/detectar>)

COVID-19. La llegada al barrio de los operativos Detectar, en general, se realizó sin convocar a los equipos de los centros de salud, que desde hace varios años venían trabajando con esa población, de forma cercana a las familias. De haberlos convocado, estos podrían haber orientado mejor las respuestas a las necesidades -de salud- de la población local. A la vez, en muchos municipios se convocó a los/las profesionales de la salud para cubrir otras áreas en relación al COVID-19. Esto desarmó a los equipos de atención primaria, por lo que muchos establecimientos trabajaron con restricciones en ciertas especialidades por la falta de profesionales -como por ejemplo en pediatría, fonoaudiología, odontología, nutrición, entre otros; inclusive han llegado a faltar médicos/as generalistas- (Ariovich *et al.*, 2021). La discontinuidad de las diversas prácticas y trabajos que se venía realizando en el territorio, tuvo sus consecuencias a largo plazo: aparición de problemas asociados al bajo control del niño/a sano/a, bajo control de los cuerpos gestantes, y de quienes padecen una enfermedad crónica no transmisible, entre otros. Problemas muchas veces reversibles, pero que luego de uno o dos años se llega tarde (Jiménez, *et al.*, 2021). Cabe resaltar que, en aquellos barrios donde no hubo una articulación previa entre la población y los equipos del primer nivel de atención, los problemas se acentuaron aún más.

Lo mencionado, dejó entrever la escasa coordinación y articulación del primer nivel con los otros niveles de atención (hospitales), para dar respuestas en los barrios del conurbano (Jiménez *et al.*, 2021), que si bien es un tema estructural producto de la fragmentación y la heterogeneidad del sistema (Chiara y Jiménez, 2007; Crojethovic, 2020), la pandemia vino a complejizarlo aún más.

A pesar de lo sucedido, la pandemia y el aislamiento también movilizaron y vincularon a distintos actores, en pos de resolver ciertas cuestiones inéditas. Muchas de estas, dejaron un aprendizaje en el territorio que sería virtuoso revisar. Con este horizonte, los interrogantes que siguen fueron los que orientaron el estudio ¿Cuáles fueron las respuestas que aparecieron desde el territorio frente a este escenario en los municipios del Conurbano Bonaerense? ¿Qué tipo de estrategias fueron implementadas por los distintos actores para resolver las diversas problemáticas? ¿Qué articulaciones se desarrollaron? ¿Cuáles fueron las iniciativas que permitieron continuar la atención de las personas de manera integral en el primer nivel?

El trabajo explora las articulaciones entre actores sociales y la implementación de estrategias innovadoras de salud en el territorio de proximidad, durante el aislamiento social provocado por la pandemia de COVID-19 (año 2020) en los municipios del conurbano bonaerense que integran la Región Sanitaria V, en la provincia de Buenos Aires. A la vez que muestra cómo se ha transformado el territorio a partir de dichas articulaciones con el objeto de sostener el acceso de la población a la atención integral en el primer nivel.

La política desde abajo: actores y territorio en el campo de la salud

Las condiciones de vida de la población son disímiles y están determinadas por el territorio (Crojethovic, 2020; Chiara, 2020) en el que se desarrollan. A la vez, el bienestar que las personas pueden alcanzar nos habla de su salud, y esta se configura, no solo en relación al no enfermar, sino a las formas o modos en que se reproduce su vida. En este sentido, lograr una atención integral sobrepasa el tratamiento que requiera la persona, y obliga a atender a

aquellos factores que permitan abordar las demandas del contexto familiar y de la comunidad de referencia, poniendo en valor la singularidad de los problemas del territorio (Cunill Grau, 2014). Asimismo, otorgarle a la atención una orientación integral, posibilita tener en cuenta, además del tratamiento y la rehabilitación, hacer foco en la prevención de enfermedades y en la promoción de la salud (Ariovich, 2015). Vista de este modo, la salud es una cuestión social (Castel, 1997) que no posee fronteras claras y delimitadas, sino que involucra diferentes aspectos de la vida y, por lo tanto, diferentes áreas de la gestión pública para su atención (Crojethovic, 2020).

Reparar en la mirada integral de la atención, obliga a revisar la realidad de la gestión local en salud mediante el enfoque *bottom up* (Lipsky, 1980), para estudiar las políticas desde abajo, al nivel de la calle. Este, permite identificar el abanico de los intereses locales así como la capacidad que tienen los determinados actores para transformar la política mediante acciones concretas (Subirats *et al.*, 2008), a la vez que devela cómo se (re)configura el contenido y resultado de la política mediante su participación (Meltsner, 1992; Scharpf, 1997).

Los actores sociales (tanto públicos como privados) sustentan la toma de decisiones desde alguna posición estratégica, e influyen o definen tanto los temas de debate como el marco intelectual en el cual se desarrollan las negociaciones, alianzas y conflictos (Belmartino, 1998). Se van definiendo en el transcurso de determinada cuestión o problema, y el grado de presión que ejercen depende del lugar que ocupen en el sistema de relaciones que los contiene (Chiara y Di Virgilio, 2009). Cuentan con recursos de poder en términos de capacidades, recursos ideológicos, políticos, económicos, técnico-administrativos, ideas y entendimientos, o de información privilegiada. La capacidad que estos tengan para definir y redefinir las reglas del juego, dependerá de los recursos que cada uno obtenga en la competencia por su distribución (Subirats *et al.*, 2008); y su obtención, abrirá una ventana de oportunidad en espacios conflictivos, pudiendo ejercer cierta influencia en el proceso de las políticas públicas (Crozier y Friedberg, 1990; Scharpf, 1997; Repetto, 2000; Alonso, 2007; Acuña, 2013). En la interrelación, los actores sociales que participan de la ejecución de políticas y conforman las redes de gestión que emergen en el desarrollo de la implementación local, van definiendo el entramado (Di Virgilio y Galizzi, 2009). Puede variar según el número de actores, las particularidades de la estructura de relaciones entre ellos, el grado de institucionalización de la red, las reglas de juego que regulen el comportamiento de los mismos, la distribución de los recursos de poder y sus estrategias (Chiara y Di Virgilio, 2006). Las decisiones políticas que surgen de esta trama, emanan de ámbitos sectoriales o plurisectoriales (Zeller, 2007). Algunas de las decisiones pueden resultar estratégicas al intervenir sobre una situación desde un curso de acción conscientemente pretendido (Mintzberg y Lampel, 1999; Mintzberg, 1987).

En salud, la noción de estrategia ha sido fuertemente vinculada a la prevención y a la promoción de la salud, es decir, a actividades para la promoción de la salud y a la participación de distintos actores (Rovere, 2006). Las decisiones que los actores toman también pueden ser innovadoras. La innovación es una iniciativa novedosa que surge de procesos previos de construcción política que la anteceden. Si bien son nuevos modos de intervenir frente a un problema o una demanda, también pueden surgir de nuevas combinaciones y configuraciones institucionales que se incorporan a la agenda de gobierno. Implican cambios en las prác-

ticas organizacionales que, como todo cambio, puede poner en tensión las formas rutinarias de funcionamiento –preexistente– de los servicios de atención de la salud (Cravacuore *et al.*, 2004; Belmartino, 2005).

Este enfoque *botton up* también contempla al territorio, pero el mismo debería ser abordado en relación a determinados atributos del espacio, el cual se configura en un proceso complejo de construcción social, político y cultural, a la vez que de apropiación y autorreferencia de los sujetos (Dematteis, 2006; Couto *et al.*, 2016); por ende tiene un carácter dinámico que expresa determinadas relaciones de poder. Quienes usan el territorio y lo reproducen –en una interrelación entre los distintos componentes sociales: economía, cultura, instituciones, poderes, entre otros– construyen nuevas territorialidades (Dematteis y Governa, 2005). En el territorio se cristalizan las disputas y las luchas históricas, encarnadas por las relaciones sociales en un tiempo determinado, que agrupa conjuntamente distintas escalas de acción y de práctica social (Crojethovic, 2020). Por eso, territorio y salud son indisolubles (Tobar, 2010). El territorio afecta el acceso de bienes y servicios, diferenciando la obtención de estos, pero también afecta la movilidad de las personas (Gutiérrez, 2009) y con ello, la accesibilidad a los lugares de atención de la salud según se localicen dentro del espacio urbano. A su vez, la posibilidad (o no) de que las familias se integren a las redes socioterritoriales, la localización del territorio y de los equipamientos e infraestructura de los servicios de salud condicionan aún más el acceso a la salud (Di Virgilio, 2015). La territorialidad en salud, entonces, se construye a medida que un complejo entramado de actores sociales se despliega sobre el territorio de proximidad, definido este último, por la población perteneciente al área programática de intervención de los servicios que integran el primer nivel de atención. Se trata de un territorio vinculado a la noción de «comunidad», en el que la atención sanitaria se brinda (mediante los Centros de Atención Primaria –CAPS–) lo más cerca posible al lugar donde viven y trabajan las personas (Chiara y Ariovich, 2013), y en su interrelación van (re) configurando al territorio (o produciendo nuevas territorialidades) en el campo de la salud⁵.

Metodología

La investigación se realizó mediante un estudio cualitativo a partir de un relevamiento remoto en los barrios populares de los municipios del conurbano bonaerense que integran la Región Sanitaria V (San Martín, José C. Paz, Malvinas Argentinas, Pilar, San Fernando, San Isidro, San Miguel, Tigre, y Vicente López), entre los meses de junio y noviembre del 2020.

Este relevamiento estuvo orientado a describir las condiciones y las modalidades en las cuales se desarrolló la atención de la salud en el territorio local durante el contexto del ASPO, y tuvo cuatro componentes:

- I. Una revisión hemerográfica que consistió en la búsqueda y selección de noticias relevantes en medios digitales (regionales y locales), referidas a intervenciones o acciones de la salud durante el período de referencia. La información fue codificada y volcada en una base con campos temáticos elaborados a partir de una sistematización de los datos.

⁵ La salud como un campo abierto que se encuentra atravesado por muchas de las dimensiones que hacen a la vida y al bienestar –o no– de las personas. No solo proviene de una cuestión biológica del individuo, sino de las condiciones sociales de reproducción en las cuales se vive y trabaja; condiciones de vida desigual, determinadas estructuralmente, las cuales podrían ser prevenidas y remediadas (Crojethovic, 2020).

II. Una exploración de redes sociales, llevada adelante como estrategia para conocer las iniciativas municipales vinculadas a la salud que fueron visibilizadas por los gobiernos locales. Contempló la identificación de plataformas digitales de actores u organismos públicos locales de salud, con el objetivo de caracterizar las acciones e intervenciones que estos buscaron promover y difundir. Los datos recogidos posibilitaron construir una matriz de análisis de tales iniciativas.

III. La realización de seis entrevistas en profundidad a actores de la política sanitaria en el nivel local (los registros se tomaron de forma remota o a través de llamadas telefónicas que fueron grabadas). Las personas entrevistadas se encuentran vinculadas a la gestión de la salud en el primer nivel de atención (en espacios locales como la Dirección de Abordaje Territorial de Política de Salud, la Dirección de Atención Primaria o la Dirección General de Medicina Asistencial).

IV. Entrevistas (18) a referentes de salud en el territorio (contactados a través de «bola de nieve»). Estas incluyeron a médicos/as, psicólogos/as, enfermeros/as, trabajadores/as sociales y promotores/as de salud insertos/as en dispositivos del primer nivel de atención. Se utilizó una breve guía semiestructurada, aplicada con un formulario autoadministrado (*Google Form*).

La información se presenta de manera articulada en el análisis, consignando, en cada caso las distintas fuentes consultadas. El programa *atlas ti* fue utilizado para la codificación de los datos y posteriormente se realizó un «análisis de contenidos».

Nueva territorialidad en salud según las etapas de la intervención en la prevención del virus COVID-19

La pandemia y el aislamiento fueron sucesos que se imprimieron sobre las condiciones de vida de la población, y dentro de este proceso, la heterogeneidad territorial mostró que el impacto en el conurbano bonaerense fue muy distinto debido a sus particularidades (estructura, división política, modos de gestión, población, estructura sanitaria, entre otras). Esto lo constituyó como un sujeto político diferente a otros territorios. Dentro del conurbano el proceso no fue homogéneo, sino que tuvo etapas acordes a la circulación comunitaria del virus y a la capacidad de respuesta de cada municipio sobre una población con diversos tipos de cobertura en salud.

En este marco singular, los resultados obtenidos permitieron construir una tipología (Tabla 1) que ordenó el análisis según la capacidad de respuesta de los distintos actores del territorio (de la gestión, los equipos de salud, organizaciones sociales y/o referentes sociales de salud). Este cruce recuperó la complejidad del conurbano y mostró la nueva territorialidad que surgió a partir de organizar la capacidad de repuesta (arriba mencionada) de acuerdo a las distintas etapas de la intervención estatal en la prevención de contagios. En la primera etapa, al comienzo de la emergencia sanitaria, las políticas nacionales buscaron ralentizar la circulación comunitaria del virus. Con esta orientación, dentro de los servicios del primer nivel de atención, la reorganización demandaba adecuar los establecimientos para tratar los futuros casos de COVID-19 -según lo observado en otros países que ya habían transitado la primera ola-. No obstante, fueron apareciendo, en dicho periodo, una serie de problemáticas en relación al acceso a la atención. En este proceso, la discontinuidad de las prestaciones

provocó que, en un primer momento, no quedaran garantizadas las prácticas esenciales, por lo que muchos equipos de salud de los centros decidieron llevar a cabo distintas estrategias (Mintzberg y Lampel, 1999) dentro del sector, intentado dar respuesta a la demanda. Brindaron atención esencial bajo esquemas con restricciones. Frente a la interrupción de la medicación se desplegó un dispositivo de entrega domiciliaria de recetas y remedios, y con la suspensión de vacunas se realizaron operativos de vacunación puerta a puerta, y/o en polideportivos. Estos últimos fueron habilitados como espacios limpios, para la realización de ciertas actividades que no podían desarrollarse de otra manera, y en cierto modo condujo a que los equipos de salud se recluyeran en estas zonas limpias (Ariovich *et al.*, 2021).

Para las personas que se encontraban bajo tratamiento por enfermedades crónicas, surgió como modalidad innovadora (Cravacuore *et al.*, 2004; Belmartino, 2005) la vinculación mediante una re-conexión vía telefónica y *WhatsApp*, lo que reconfiguró al territorio en un espacio virtual de proximidad que permitió sostener el vínculo entre los/las profesionales y la comunidad. Cabe aclarar que esta no fue una acción totalmente nueva, sino que incorporó la atención remota de manera sistemática y programada.

Los equipos de profesionales que ya venían brindando atención en las consejerías pre y post ILE (Interrupción Legal del Embarazo) decidieron continuarlas a pesar de las dificultades que existieron para desarrollar la atención en salud no esencial; también fueron estos equipos quienes mantuvieron la distribución de los métodos anticonceptivos (MAC), aunque debieron espaciar las consultas, por lo que otorgaban mayor cantidad de medicación para cubrir la demanda de, por lo menos, tres meses.

Debido a las dificultades para los encuentros cara a cara entre los equipos de salud del primer nivel y la población, desde la gestión local se adoptaron estrategias que suplantaron, en muchos casos, el territorio de proximidad con un territorio de conexión virtual. Esto, refiere a una nueva concepción de enlace y de vínculos entre el Estado y la población, mediante diversos dispositivos, entornos y redes virtuales que favorecieron el abordaje de problemáticas de salud. Es decir que, frente al aislamiento, las estrategias de los equipos de salud generaron un *bypass* para seguir estando próximos a la población, pero ahora mediado por la virtualidad. A pesar de facilitar cierto acceso a la atención, no se logró orientar dichas estrategias hacia la promoción y prevención propias de la atención integral.

En el territorio, las estrategias de intervención desplegadas por algunos municipios en los barrios más vulnerables estuvieron orientadas, fundamentalmente, a prevenir los contagios por COVID-19 (Ariovich, *et al.*, 2021). Los municipios, instituciones como la escuela y los bomberos, y los/as referentes barriales, crearon nuevos entramados que dieron lugar al armado de comités de emergencia barriales para brindar información actualizada a la población y para la adopción de comportamientos vinculados al cuidado y la higiene personal. Además, respondieron inquietudes, indicaron dónde realizar consultas frente al caso sospechoso y comunicaron pautas de prevención y acciones a realizar para las personas sintomáticas (Maceira *et al.*, 2000). Se brindaron los teléfonos de los centros de salud en el barrio, aumentando el flujo de comunicación con la población, a la vez que se hicieron reuniones virtuales para explicar la situación o para ofrecer información a las personas sobre el funcionamiento de los establecimientos. Se diseñaron folletos que comunicaban cómo se iba a

trabajar, dónde estaban las guardias de 24 horas, qué tipo de atención brindaban los centros de salud y de qué tipo los polideportivos. En la misma línea, se armaron videos, uno por barrio, contando cuáles eran las instituciones a las que acudir dentro del mismo; los que se viralizaron para comunicar por las redes barriales.

Para el caso de la ILE y entrega de MAC, la articulación en el territorio estuvo dada entre las organizaciones sociales, las consejerías locales en salud sexual y reproductiva e instancias de gobierno local. Fueron las trabajadoras sociales quienes promovieron las redes barriales que se fueron conformando entre ellas, los promotores comunitarios y la población de referencia. La temprana y rápida construcción de estas redes se debió, principalmente, a las relaciones previamente forjadas en la base. A la vez, el abordaje de la ILE y el trabajo de las consejerías llevaron a la articulación de los servicios del primer y segundo nivel, o bien con las dependencias públicas correspondientes (por ejemplo, con direcciones de género municipales, comisarías de la mujer, programas de violencias, entre otros). En esta etapa, también se fortaleció el entramado entre las consejerías, actores gubernamentales de mayor escala jerárquica como el Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación (mediante sus iniciativas territoriales), las direcciones de género de los municipios y las organizaciones sociales de personas del colectivo LGTBI+⁶.

La seguridad alimentaria también fue un problema a abordar, sobre todo por la falta de ingresos debido al aislamiento. Nuevamente aparecieron las ollas populares en muchos barrios y se colmaron los merenderos, por lo que se convirtieron en espacios de oportunidad para los propios equipos de salud (enfermeras, médicos y trabajadores sociales) que decidieron trasladarse hasta allí para relevar necesidades sanitarias de la población. Además de controlar pautas de alarma y brindar orientación con respecto a la manipulación de los alimentos (Maceira, *et al.* 2020), permitió poner en práctica una red que trasvasó las fronteras de lo sectorial (salud, educación, desarrollo social) y puso a jugar a múltiples actores, tanto de la gestión local (Estado municipal) como los de la comunidad (referentes comunitarios, organizaciones sociales territoriales, iglesias, comedores, movimientos sociales, entre otros).

Se debe resaltar que, tanto las ollas populares como los comités locales de emergencia anteriormente mencionados, fueron dos iniciativas que han irrumpido y se han desplegado rápidamente por los territorios en el contexto de aislamiento. En ambas, convergieron diferentes actores y formas de organización social: las religiosas (como las iglesias evangélicas, capillas y parroquias), las organizaciones no gubernamentales -ONGs- (como el Rotary o la Cruz Roja), las políticas (como agrupaciones piqueteras y partidarias), las barriales (como comedores, sociedades de fomento, merenderos y cooperativas autogestivas), y finalmente aquellos espacios públicos de organismos locales (como pueden ser las secretarías de desarrollo social y salud).

Estas estrategias de intervención desplegadas en el territorio fueron tejiendo una trama de relaciones entre los múltiples actores, que transformó al territorio de proximidad en una red. Esta, se activó en pos de resolver problemas, y estuvo conformada tanto por actores gubernamentales como de la comunidad. Las diversas organizaciones sociales y agentes comunitarios se mostraron como soportes territoriales importantes para el desarrollo de prácticas

6 Acrónimo que hace referencia al conjunto de lesbianas, gais, personas trans, bisexuales, intersexuales y queer. El término ha evolucionado con el tiempo para incluir todas las identidades de género y orientaciones sexuales, de ahí el símbolo «+».

e intervenciones vinculadas al cuidado de la salud de las familias en los barrios populares. Una vez más, esto muestra la necesidad de mirar las acciones de salud en términos amplios, y descentrar a los procesos de atención del ámbito exclusivamente institucional. Es decir, contemplar un abordaje que incorpore las relaciones y articulaciones que se producen con otros actores sociales (Rovere, 1998; Merthy *et al.*, 2012).

En una segunda etapa, que denominamos prevención de nuevos contagios en el contexto de la circulación comunitaria del virus (Tabla 1), los centros comenzaron a garantizar la atención, aunque de manera más espaciada, programada y focalizada en determinados grupos. Priorizaron los controles de pacientes crónicos, de niños menores de 18 meses y de personas gestantes. Las urgencias continuaron atendiéndose, en la mayoría de los casos, a través de la guardia, y se sostuvo la vacunación y la entrega de medicación (particularmente a personas con enfermedades crónicas). El seguimiento por *WhatsApp* o de manera telefónica fue un recurso compartido en los servicios para hacer seguimiento y atender consultas, especialmente para la población de adultos mayores.

El miedo o temor al contagio comenzó a sentirse entre la comunidad. Los/las referentes de salud del primer nivel de la Región Sanitaria V registraron una fuerte caída de la demanda de atención de la salud por parte de los/las vecinos/as y las familias, situación que generó que las iniciativas se orientaran hacia una intervención más centralizada en el territorio. Algunos municipios armaron operativos territoriales, que luego, en varios casos, fueron articulados con el programa Detectar de Nación. Cabe aclarar que este dispositivo, en la mayoría de los casos, no coordinó con los equipos del primer nivel atención. Por desconocimiento o desconfianza se optó por montar estructuras paralelas, que a pesar de articular entre distintos niveles de gobierno para llegar a la población⁷, no lo hizo con las instituciones que tenían esa relación de proximidad con las familias (centros del primer nivel de atención). A la vez, esto generó que se perdiera la oportunidad de realizar controles preventivos –por parte de los equipos del primer nivel- al momento de la búsqueda de casos –junto al equipo Detectar- (Jiménez *et al.*, 2021).

Así, se desplegaron operativos casa por casa en el marco del programa. Dichos operativos muchas veces se hacían junto con el área de Desarrollo Social/Promoción Social, Hábitat, Economía Popular y Género. Algunos municipios aprovecharon la iniciativa y agregaron un cuestionario que indagaba sobre otros síntomas relacionados a las ECNT (Enfermedades Crónicas no Transmisibles), o sobre la existencia de personas gestantes y/o niños/as en el hogar. En paralelo, en los centros de salud también estuvo la preocupación de recaptar a la población, por lo que salieron con tráileres o móviles a buscar a los pacientes que figuraban en sus fichas, y que no habían vuelto a dichos centros. Por otro lado, hubo intervenciones en el territorio dirigidas a los/las adultos/as mayores, que tuvieron como protagonistas a grupos de jóvenes que los/las asistieron con las compras de comida o de medicación para que no salieran de sus casas.

Luego de los primeros meses de interrupción casi total de los diferentes servicios de salud, comenzaron a implementarse un conjunto de estrategias municipales en articulación con distintos actores sociales para la readecuación y/o reanudación de ciertos servicios, lo que denominamos como reapertura programada con distanciamiento social (Tabla 1). El territorio de

⁷ Por ejemplo, para la vigilancia epidemiológica que se centralizó en las áreas de epidemiología de los municipios y/o para la vacunación.

conexión virtual que se había forjado al comienzo, abrió paso también a desarrollar estrategias de acompañamiento virtual frente a cuadros de ansiedad y depresión en la población, lo que derivó en un dispositivo de «primeros auxilios» en salud mental; a la vez que permitieron expandir también las actividades de prevención y de promoción vía plataformas virtuales.

Tabla 1. Tipología de la noción del territorio en salud según las etapas de la intervención en la prevención del contagio del virus COVID-19

	Territorio de proximidad	Territorio en red	Territorio de conexión virtual
Ralentizar la circulación comunitaria del virus	<ul style="list-style-type: none"> › Operativos barriales para relevar necesidades › Se brinda atención de prácticas esenciales en CAPS, aunque con restricciones › Adaptación de CAPS al funcionamiento de sector limpio y otro específico para COVID-19 	<ul style="list-style-type: none"> › Aparición de ollas populares › Armado de comités de emergencia › Articulación con organizaciones sociales para la entrega de bolsones de alimentos. › Escuelas como centros de distribución de alimentos › SAME como engranaje fundamental a escala barrial entre los servicios y la población 	<ul style="list-style-type: none"> › Identificación y reconexión vía telefónica y WhatsApp › Seguimiento remoto de pacientes con enfermedades crónicas
Prevención de nuevos contagios en el contexto de la circulación comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> › Despliegue de operativos en el marco del programa Detectar › Vacunación en polideportivos › Distribución de elementos de higiene y protección › Desarrollo de la infraestructura dentro de los municipios de la Región Sanitaria V › Las consultas en CAPS comenzaron a regularizarse; aunque con menor demanda 	<ul style="list-style-type: none"> › Escuelas como centros de vacunación › Vacunaciones al territorio a través de las organizaciones sociales › Intervenciones en el territorio con jóvenes de las parroquias y de templos evangélicos › Consejerías y distribución de métodos de protección en salud sexual en sedes de organizaciones › Coordinación entre las consejerías locales en SS e instancias de gobierno 	<ul style="list-style-type: none"> › Otorgamiento de turnos programados virtualmente o telefónicamente (en algunos municipios) › «Primeros auxilios» en salud mental › Expansión de las actividades de prevención y de promoción en salud mental › Estrategias de acompañamiento virtual frente a cuadros de ansiedad y depresión
Reapertura programada con distanciamiento social	<ul style="list-style-type: none"> › Ampliación de prestaciones presenciales en CAPS › Distribución de insumos para la promoción autogestión de alimentos › Montaje de postas sanitarias, en puntos nodales o situadas en los CAPS › Promoción de mercados de productores en entorno cercanos a la población 	<ul style="list-style-type: none"> › Iniciativas para la creación de «red de voluntarios» › Grupos realizan actividades de prevención y promoción coordinados desde CAPS 	<ul style="list-style-type: none"> › Ampliación de los servicios de tele consultas › Capacitaciones en la autogestión de alimentos y de ingestas saludables › Desarrollo de actividades virtuales vinculadas al bienestar

Fuente: elaboración personal

Pasada la ola de contagios, las iniciativas en los establecimientos que integran el primer nivel estuvieron orientadas a regularizar el cronograma de las actividades. Los esfuerzos de las autoridades sanitarias locales estuvieron destinados a mejorar la capacidad de atención en estos efectores durante el DISPO (Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio), y a restablecer las intervenciones relacionadas con la promoción y prevención (suspendidas desde el inicio de la pandemia): control de niños/as mayores a un año y servicios como nutrición, fonoaudiología, psicología y odontología se sumaron de manera programada a la atención esencial.

En esta línea, se ubicaron postas sanitarias en puntos nodales del territorio próximo o en las instalaciones edilicias de los propios centros de salud; se hicieron tanto actividades virtuales como talleres -en espacios abiertos- también destinados exclusivamente a la prevención, promoción, y algunos servicios de consejería en salud sexual y distribución de métodos para el cuidado. Se ampliaron los servicios de teleconsultas. Asimismo, se desarrollaron actividades de impacto inmediato sobre el territorio, como las orientadas a evitar la proliferación de los mosquitos que transmiten el dengue (mediante fumigaciones, descacharrado y entrega de lavandina). Volvieron a realizarse caminatas, clases de actividad física, talleres para la crianza y charlas vinculadas a enfermedades crónicas. Finalmente, se produjo una ampliación de la agenda de inmunizaciones, incorporando a la población infantil dentro de las campañas de vacunación; esta iniciativa supuso desplegar una articulación entre los equipos de los centros de salud, los referentes territoriales y la población. La creación de laboratorios municipales itinerantes fue una iniciativa que estuvo ligada a facilitar la realización de estudios clínicos que, por lo general, solo pueden realizarse en hospitales, por lo que bajó la extracción de muestras al primer nivel en el territorio.

En un contexto tan complejo, los municipios fueron encontrando distintas opciones para favorecer el acceso a alimentos. Una estrategia fue promocionar semillas y capacitaciones virtuales para el autocultivo en huertas dentro del hogar; otra, fue promover la utilización de los mercados de productores de entornos cercanos. En esta nueva etapa, también se desarrollaron dispositivos remotos de fomento para la alimentación saludable con ingestas de comida accesible, como legumbres, vegetales y frutas. Estos talleres fueron articulados desde las autoridades municipales con participación de referentes comunitarios, organizaciones sociales territoriales y la población.

Pasada la primera ola de COVID-19 por el conurbano bonaerense, el aprendizaje sobre cómo trazar cursos de acción para una atención integral en el primer nivel -mediados por las iniciativas que desarrollaron los actores de la gestión local y de la comunidad- dinamizó la vuelta de los equipos al territorio, incorporando las relaciones virtuales y/o las redes para optimizar la proximidad.

Conclusiones

La emergencia sanitaria y el aislamiento prolongado han generado nuevas y diversas problemáticas sanitarias. A medida que las prioridades se alternaban según fluctuaba la cantidad de casos en el territorio, la gestión local ha tenido que saber leer dichos cambios, lo que desafió a que cada gestión municipal tuviera que identificar las necesidades de la población en torno a su salud en general.

La pandemia y el aislamiento han movilizado y vinculado a distintos actores, en pos de resolver ciertas cuestiones inéditas que afectaron la salud integral de la población. En este contexto, las distintas estrategias realizadas por los actores, generaron una nueva territorialidad superpuesta. No solo se sostuvo una proximidad con el territorio, sino que a este se le yuxtapuso un territorio en red, en el que se entramaron los múltiples actores; a la vez que se incorporó un territorio de conexión virtual que estableció enlaces y vínculos entre el Estado y la población, mediante diversos dispositivos, entornos y redes virtuales que favorecieron

el abordaje de las problemáticas de salud que fueron adquiriendo mayor visibilidad. De esta forma, los nuevos modos de comunicación mediados por la tecnología, sumado al entramado que se ha dado entre los actores gubernamentales (de distinto nivel jurisdiccional) y los no gubernamentales, permitieron sostener –no sin dificultad– cierta proximidad con la población durante el ASPO/DISPO.

Cabe destacar que las estrategias y respuestas innovadoras para atender los problemas que aquejaron sobre todo en los barrios más segregados, evidenció la capacidad de resiliencia, tanto de los equipos de salud del primer nivel como de la comunidad para generar nuevas nervaduras en un territorio de proximidad que se vio interferido por el aislamiento.

Aunque se puede trazar cierta orientación de la gestión local para mantener el acceso a la atención de la población, el derrotero del primer nivel de atención fue diverso. Si bien las acciones de los equipos de salud estuvieron lejos de llevar a cabo la prevención y promoción de la atención, en muchos casos dejó aprendizajes en el territorio que es virtuoso revisar críticamente para replicar.

Referencias

- Acuña C. H. (2013). *¿Cuánto importan las instituciones? Gobierno, Estado y actores en la política Argentina*. Siglo XXI.
- Alonso, V. G. (2007). Elementos para el análisis de las capacidades estatales. En V. G. Alonso (Ed.), *Capacidades estatales, instituciones y política social* (pp. 17-40). Prometeo libros.
- Ariovich, A. (2015). El abordaje integral de la atención: una aproximación a la estrategia de la atención primaria de la salud (APS). En M. Chaira (Comp.), *Gestión territorial integrada para el sector salud* (115-123). Cuadernos de Trabajo. UNGS.
- Ariovich, A., Chiara, M., Cosacov, N., Crojethovic, M., Gorrochategui, J., Jiménez, C., Llao, M. y Maneiro, M. (2022). Aporte para elaborar una descripción de las políticas de prevención de contagios masivos. Documento de Trabajo N° 3: Proyecto PISAC-COVID-19-00021: “La implementación de políticas públicas para dar respuesta a la crisis desatada por la pandemia COVID-19: una mirada desde las relaciones intergubernamentales y las redes de políticas”. ANPCyT. <https://tripcovidiiigg.sociales.uba.ar/publicaciones/aporte-para-elaborar-una-descripcion-de-las-politicas-de-prevencion-de-contagios-masivos/>
- Ariovich, A., Crojethovic, M. y Jiménez, C. (2021). Aislamiento y atención no COVID-19 en el primer nivel en la Región Sanitaria V. En R. Carmona (Comp.), *El conurbano bonaerense en pandemia: alcances y desafíos desde una perspectiva multidimensional* (pp. 109-124). UNGS.
- Belmartino, S. (1998, 24 al 26 de septiembre). Nuevo rol del estado y del mercado en la seguridad social argentina [ponencia]. *XXI Congreso Internacional de la Latin American Studies Association*. Chicago, Illinois.
- Belmartino, S. (2005). *La atención médica en Argentina en el siglo XX: Instituciones y procesos*. Siglo XXI Editores.
- Castel, R. (1997). *Metamorfosis de La Cuestión Social*. Paidós.
- Chiara, M. (2020). Salud en territorios segregados. Apuntes para pensar las políticas desde los aprendizajes en la pandemia. *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, año 10(20).
- Chiara, M. y Ariovich, A. (2013). Luces y sombras sobre el territorio. Reflexiones en torno a los planteamientos de la OPS/OMS en América Latina. *Cuadernos Metrópole*, 15(29), 99-122.

- Chiara, M. y Di Virgilio, M. (2006). La política social en la crisis de la convertibilidad (1997-2001): mirando la gestión desde las coordenadas municipales en el Gran Buenos Aires. En L. Andrenacci (Ed.), *Problemas de la política social en la Argentina contemporánea* (pp. 125-156). Prometeo.
- Chiara, M. y Jiménez, C. (2007, 30 de octubre al 2 de noviembre). Relaciones intergubernamentales (RIGs) y política de salud en el nivel local. El caso del subsector público en el Gran Buenos Aires [ponencia]. *XII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*. Santo Domingo, República Dominicana.
- Chiara, M. y Di Virgilio, M. (2009). Conceptualizando la gestión social. En M. Chiara y M. M. Di Virgilio (Eds.), *Gestión de la política social. Conceptos y herramientas* (pp. 53-86). Prometeo-UNGS.
- Couto, B., Foglia, C. y Rofman, A. (2016). Políticas participativas locales en municipios bonaerenses: una aproximación político-territorial. En A. Rofman, A. (Comp.), *Participación, políticas públicas y territorio: aportes a la construcción de una perspectiva integral* (73-118). UNGS.
- Cravacuore, D., Ilari, S. y Villar, A. (2004). *La articulación en la gestión municipal. Actores y Políticas*. Editorial UNQ.
- Crojethovic, M. (2020). *Mirando el campo de la salud: problemas, actores, instituciones y territorio* (1a. edición). Cuadernos de trabajo. UNGS. <https://ediciones.ungs.edu.ar/wp-content/uploads/2020/11/9789876305044.pdf>
- Crozier M. y Friedberg, E. (1990). *El actor y el sistema. Las restricciones de la acción colectiva*. Alianza.
- Cunill Grau, N. (2014). La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales. Un acercamiento analítico-conceptual. *Gestión y política pública*, 23(1), 1-27.
- Dematteis, G. (2006). En la encrucijada de la territorialidad urbana. *Bitácora Urbano Territorial*, 10(1), 53-63.
- Dematteis, G. y Governa, F. (2005). Territorio y territorialidad en el desarrollo local. La contribución del Modelo SloT. *Boletín de la A. G. E.*, (39), 31-58.
- Di Virgilio, M. y Galizzi, D. (2009). Los actores en el entramado de la gestión de la política social: una aproximación conceptual y elementos para el análisis. En M. Chiara y M. M. Di Virgilio (Eds.), *Gestión de la política social. Conceptos y herramientas* (pp. 319-345). Prometeo-UNGS.
- Di Virgilio, M. (2015). La dimensión territorial de la política sanitaria. En M. Chiara (Comp.), *Gestión territorial integrada para el sector salud* (pp. 47-60). UNGS.
- Gutiérrez, A. (2009, del 3 al 7 de abril). La movilidad de la metrópolis desigual: el viaje a la salud pública y gratuita en la periferia de Buenos Aires [ponencia]. *XII Encuentro de Geógrafos de América Latina*. Montevideo.
- Jiménez C., Ariovich A., Crojethovic M. y Baliña T. (2021). Repensando el primer nivel de atención del conurbano bonaerense en tiempos de pandemia, *Revista "Debate Público. Reflexión de Trabajo Social"* - Artículos Seleccionados, año 11(22), 87-96.
- Lipsky, M. (1980). *Street level bureaucracy*. Russel Sage.
- Maceira, V., Vázquez, G., Ariovich, A., Crojethovic, M. y Jiménez, C. (2020). Pandemia y desigualdad social: los barrios populares del conurbano bonaerense en el aislamiento social preventivo obligatorio. *Revista Argentina de Salud Pública*, 12 (suplemento COVID-19), 1-10. http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/vol12supl/AO_Maceirae12.pdf

- Meltsner, A. (1992). La factibilidad política y el análisis de políticas. En L. Aguilar Villanueva (Ed.), *La hechura de las políticas* (pp. 367-392). Miguel Ángel Porrúa.
- Merhy, E. E., Feuerwerker, L. C. M., y Silva, E. (2012). Contribuciones metodológicas para estudiar la producción del cuidado en salud: aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras y acceso en salud mental. *Salud colectiva*, 8(1), 25-34.
- Mintzberg, H. (1987). The Strategy Concept I: Five Ps For Strategy. *California Management Review*, 30(1).
- Mintzberg, H., & Lampel, J. (1999). Reflecting on the strategy process. *Sloan Management Review*, 40(3), 21-30.
- Repetto, F. (2000). Gestión pública, actores e institucionalidad: las políticas frente a la pobreza en los '90. *Desarrollo Económico*, 39(156), 597-618.
- Rovere, M. (1998). *Redes: hacia la construcción de redes en salud: los grupos humanos, las instituciones, la comunidad*. Secretaria de Salud Pública, Municipalidad de Rosario.
- Scharpf, F. (1997). *Games Real Actors Play: Actor-Centered Institutionalism in Policy Research*. Westview Press
- Rovere, M. (2006). *Planificación estratégica de recursos humanos en salud*. OPS - OMS.
- Subirats, J., Knoepfel, P., Larrue, C. y Varonne, F. (2008). Los actores de las políticas públicas. En J. Subirats, P. Knoepfel, C. Larrue y F. Varonne, *Análisis y gestión de políticas públicas* (pp. 51-69). Ariel ciencia política.
- Tobar, F. (2010). Gestión territorial en salud. En M. Chiara y J. Moro (Comps.), *Pensando la agenda de la política sanitaria en la Región Metropolitana de Buenos Aires: capacidades, problemas y desafíos* (pp. 15-44). UNGS.
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C. y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 11-14.
- Zeller, N. (2007). Marco conceptual metodológico para el estudio de las políticas. *Políticas Públicas*, (44). http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/inap/20171117033554/pdf_319.pdf

María Crojethovic es Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires. Magíster en Sociología Económica por la Universidad Nacional de San Martín. Especialista en Docencia Universitaria por la Universidad Nacional de la Plata y Licenciada en Sociología por la Universidad de Buenos Aires. Se desempeña como Investigadora y Docente Adjunta en la Universidad Nacional de General Sarmiento y como docente de Política Social en la Carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Es investigadora externa en el Equipo Política Social y Condiciones Trabajo del Instituto de Investigación Gino Germani (UBA). Ha sido Directora de la Carrera de Política Social (UNGS); profesora e investigadora invitada en Universidades Nacionales y profesora e investigadora invitada en el extranjero. Ha publicado artículos en revistas especializadas con referato, nacionales e internacionales, capítulos de libros y es autora de dos libros sobre salud. Universidad Nacional de General Sarmiento. Juan María Gutiérrez 1150, (B1613) Los Polvorines, Buenos Aires, Argentina, mcrojeth@campus.ungs.edu.ar, <https://orcid.org/0000-0002-4251-8532>

Ana Ariovich es Licenciada en Ciencias Antropológicas (UBA) y Magíster en Sociología Económica (IDEAS/UNSAM). Es Investigadora Docente Adjunta en el Instituto del Conurbano en la Universidad Nacional General Sarmiento. También es docente de metodología de la Investigación en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. En los últimos 15 años dirigió, codirigió e integró investigaciones con financiamiento del sistema científico tecnológico nacional en Universidades nacionales (UBA, UNSAM y UNGS). Está especializada en la investigación del diseño, la planificación y la gestión de las políticas de salud. Además, presenta experiencia en diseños de investigación con estrategias cualitativas, y en el procesamiento y análisis estadístico aplicado a las ciencias sociales. Uni-

versidad Nacional de General Sarmiento. Juan María Gutiérrez 1150, (B1613) Los Polvorines, Buenos Aires, Argentina, ariovich@campus.ungs.edu.ar, <https://orcid.org/0000-0001-6142-4841>

Carlos Jiménez es Magíster en Salud Pública del Instituto Juan Lazarte del Centro de Estudios Interdisciplinarios de la Universidad Nacional de Rosario. Licenciado en Política Social del Instituto del Conurbano la Universidad Nacional de General Sarmiento. Posgrado en “Salud Global y Desarrollo”, Facultad de Sociología de la Universidad de Milano Bicocca. Miembro del Área y Carrera de la Licenciatura en Política Social del Instituto del Conurbano y del equipo de investigación de “Diseño y gestión de las políticas de salud”. Director del Curso “Masculinidades Críticas y Territorio” de la Universidad Nacional de General Sarmiento. Actual Secretario Académico del Instituto del Conurbano. Ha sido docente en diferentes ofertas desde grado, posgrado y formación continua, en temas de salud y géneros. Ha participado en diferentes programas públicos y organizaciones de la sociedad civil en temas de Salud y Géneros y políticas públicas. Universidad Nacional de General Sarmiento. Juan María Gutiérrez 1150, (B1613) Los Polvorines, Buenos Aires, Argentina, cjimenez@campus.ungs.edu.ar, <https://orcid.org/0000-0003-1461-1200>